THESE

Faculdade de Medicina e de Pharmacia do Rio de Janeiro

DISSERTAÇÃO

Cadeira de Clinica Propedeutica

Semeiotica do Pleuriz Sero-fibrinoso

PROPOSIÇÕES:

TRES SOBRE CADA UMA DAS CADEIRAS DA FACULDADE

THESE

Apresentada á Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro em 14 de Novembro de 1899

Para ser sustentada

POR

José Antonino Pacheco

Natural do Estado do Rio de Janeiro

PHARMACEUTICO PELA MESMA FACULDADADE

RIO DE JANEIRO

MAIA & NIEMEYER—Rua da Alfandega 6 e Uruguayana 47

1899

FACULDADE DE MEDICINA E DE PHARMACIA DO RIO DE JANEIRO

DIRECTOR — Dr. Albino Rodrigues de Alvarenga.
VICE-DIRECTOR — Dr. Francisco de Castro.
SECRETARIO — Dr. Eugenio do Espirito Santo de Menezes.

LENTES CATHEDRATICOS

Drs. :

João Martins Teixeira	Physica medica.
Augusto Ferreira dos Santos	Chimica inorganica medica.
João Joaquim Pizarro	Botanica e zoologia medica.
Ernesto de Freitas Crissiuma	Anatomia descriptiva.
Eduardo Chapot Prevost	Histologia theorica e pratica.
Tiburcio Valeriano Pecegueiro do Amaral	Chimica organica e biologica.
João Paulo de Carvalho	Physiologia theorica e experimental.
Antonio Maria Teixeira	Materia medica, Pharmacologia e arte de formular.
Pedro Severiano de Magalhães	Pathologia cirurgica.
Henrique Ladisláo de Souza Lopes	Chimica analytica e toxicologica.
Augusto Brant Paes Leme	Anatomia medico-cirurgica.
Domingos de Góes e Vasconcellos	Operações e apparelhos.
Antonio Augusto de Azevedo Sodré	Pathologia medica.
Cypriano de Souza Freitas	Anatomia e physiologia pathologicas.
Albino Rodrigues de Alvarenga	Therapeutica.
Luiz da Cunha Feijó Junior	Obstetricia.
Agostinho José de Souza Lima	Medicina legal.
Benjamin Antonio da Rocha Faria	Hygiene e mesologia.
Antonio Rodrigues Lima	Pathologia geral.
João da Costa Lima e Castro	Clinica cirurgica — 2ª cadeira.
João Pizarro Gabizo	Clinica dermatologica e syphiligraphica.
Francisco de Castro	Clinica propedeutica.
Marcos Bezerra Cavalcanti	Clinica cirurgica — 1ª cadeira.
Erico Marinho da Gama Coelho	Clinica obstetrica e gynecologica.
Joaquim Xavier Pereira da Cunha	Clinica ophthalmologica.
José Benicio de Abreu	Clinica medica — 2ª cadeira.
João Carlos Teixeira Brandão	Clinica psychiatrica e de molestias nervosas.
Candido Barata Ribeiro	Clinica pediatica.
Nuno de Andrade	Clinica medica — 1ª cadeira.

LENTES SUBSTITUTOS

Drs. :

1ª Secção	
2ª »	Oscar Frederico de Souza.
3ª »	Luiz Antonio da Silva Santos.
4ª »	Antonio Dias de Barros.
5ª »	Ernesto do Nascimento Silva.
6ª »	Francisco de Paula Valladares.
7ª »	Miguel de Oliveira Couto.
8ª »	Augusto de Souza Brandão.
9ª »	Francisco Simões Corrêa.
10ª »	José Antonio de Abreu Fialho.
11ª »	Luiz da Costa Chaves Faria.
12ª »	Marcio Filaphiano Nery.

N. B.—A Faculdade não approva nem reprova as opiniões emittidas nas theses que lhe são apresentadas.

INTRODUCÇÃO

O estudo do pleuriz, foi feito pela primeira vez, e com admiravel clareza, por Laënnec, e chegou até os nossos dias, enriquecido de observações devidas a Andral, Louis, Stokes, Damoiseau, Trousseau, Gueneau de Mussy, Woillez, Dieulafoy, Garland, Peter, Potain e tantos outros.

Pleuriz, pleurite ou *pleurisia* (expressão esta que já alguns auctores nacionaes têm usado) é um estado inflammatorio da pleura, anatomicamente caracterisado pela quéda do endothelio e a presença de falsas membranas com exsudatos; clinicamente por uma evolução de phenomenos funccionaes e de signaes physicos caracteristicos (Woillez).

As causas são diversas. Uma dellas é o traumatismo, que occasiona pleurizes mais ou menos extensos. Em geral os pleurizes traumaticos, devido á sua origem, têm uma gravidade maior; entretanto, algumas vezes, apezar de apparencias serias, são completamente benignos e até mesmo não se mostram, frustrando assim as nossas mais legitimas apprehensões.

A influencia do frio, como causa do pleuriz, a origem *a frigore*, é a que tem sido dada como mais commum, citando-se em apoio, a frequencia dos pleurizes nos climas frios.

As variações bruscas na pressão atmospherica parecem ter uma acção real, pois não é raro, segundo observações fidedignas, o pleuriz nos operarios que trabalham sob a agua, em apparelhos de ar comprimido.

Mas, sem contradicção, a categoria dos pleurizes secundarios é a mais numerosa; elles seguem ou acompanham as affecções

osseas, a pneumonia, os abcessos, a gangrena, os tumôres e a tuberculose que fornece o maior contigente.

Podemos citar ainda a extensão de uma inflammação visinha, por exemplo, a inflammação do figado.

Ha uma categoria de pleurizes secundarios que sobrevêm, como complicações, nas molestias geraes ou nas affecções de orgãos affastados. É assim que se encontram pleurizes no curso do mal de Bright, no rheumatismo articular agudo, onde elles se fazem notar por sua mobilidade e pela formação rapida do derramamento que logo se reabsorve. Observa-se o pleuriz no curso da pyohemia, das febres eruptivas e principalmente a escarlatina cuja complicação mais frequente é a inflammação das serosas, não só para o lado da pleura, como das articulações que muitas vezes suppuram.

As alterações da pleura são simples e faceis de comprehender.

A principio dá-se uma congestão mais ou menos viva, mais ou menos generalisada do tecido sub-seroso; quasi ao mesmo tempo ha um engorgitamento das cellulas do endothelio; seu conteúdo torna-se turvo; logo cahem e deixam a nú uma superficie granulosa, vascular, que deve esse aspecto e esse despolido particular á presença de pequenas excrescencias, ás quaes se deu o nome de *granulações papiliformes*. Estas granulações por sua vez se cobrem de um exsudato fibrinoso, de *pseudo-membranas,* que logo se vascularisam, e se transformam em *tracta* cellulosos mais ou menos organisados.

Estes depositos fibrinosos ordinariamente coincidem com um derramamento liquido mais ou menos abundante. Algumas vezes este não existe ou é tão pouco apreciavel, que o pleuriz é dito secco; quando existe póde ser sero-fibrinoso, purulento ou hemorrhagico. Esta hemorrhagia póde ser primitiva e ter como causa um traumatismo, ou secundaria e resultar da ruptura de alguns vasos sanguineos, no curso do pleuriz. Algumas vezes este exsudato é pseudo-hemorrhagico, pois, deve a sua coloração á hematina dissolvida.

Conforme a quantidade de liquido, os orgãos visinhos são deslocados, comprimidos, irritados e até mesmo inflammam-se algumas vezes.

O primeiro interessado é o pulmão que, quando não está congestionado, vae sendo repellido pelo derramen; envolto por uma camada mais ou menos espessa de falsas membranas, as quaes de tal modo se lhe prendem algumas vezes, que elle jámais se libertará dellas.

O pericardio póde tambem se inflammar por extensão do trabalho phlegmasico. Cita-se deste facto um exemplo historico bem conhecido, o de Mirabeau que morreu de uma pleuro-pericardite.

O coração, no pleuriz esquerdo, póde ser deslocado e de um modo sorprendente. Assim, Walshe cita um caso no qual a ponta do coração batia a dous dedos para fóra da mamilla direita, trinta e seis horas depois do começo de um derramen pleuritico; em taes condições o coração e a aorta são torcidos sobre si mesmos, decorrendo disso grande perturbação na circulação.

O figado, no pleuriz direito, póde ser consideravelmente abaixado.

Alguns nervos pódem ser compromettidos. Assim, no pleuriz esquerdo, o nervo phrenico do mesmo lado póde ser interessado, pela mesma razão que os nervos intercostaes. Esta irritação dos nervos visinhos ao derramen origina dôres que chegam a simular a angina do peito, determinar syncopes a até mesmo a morte subita por uma acção reflexa paralysando o pneumogastrico e o espinhal, os quaes presidem á funcção respiratoria.

Tivemos occasião de fallar em pleuriz esquerdo e pleuriz direito, e de facto o derramen póde existir de um só lado e ser direito ou esquerdo ; mas, póde existir de ambos os lados, *pleuriz duplo.* N'este caso elle póde ser duplo desde o seu inicio, como se dá quasi sempre no curso de uma toxhemia; ou começar

unilateral e tornar-se *duplo* devido antes a um novo ataque inflammatorio da pleura sã, do que á continuidade do processo antigo.

O pleuriz póde não ser *generalisado*, isto é, póde não occupar toda a cavidade da pleura e sim apenas certos pontos, d'ahi pleurizes *diaphragmatico*, *mediastinico*, *interlobar* e *costo-pulmonar*, formas estas ás quaes se dá o qualificativo geral de *pleuriz localizado* ou *parcial*. O pleuriz parcial forma-se de dous modos: 1.° no curso da affecção pleuro-pulmonar, o exsudato se concreta muito rapidamente e falsas membranas limitam o liquido, que assim fica encerrado em uma especie de loja ; 2.°, e este é o facto mais commum, o pleuriz parcial é um pleuriz secundario enkystado por septos resultantes do *reliquat* de uma inflammação anterior.

E' do *pleuriz sero-fibrinoso* que nos occuparemos neste trabalho e principalmente do generalizado.

Constará este de tres capitulos :

I — Semeiologia.

II — Theorias da linha de matidez.

III — Seu valor semeiologico.

SEMEIOLOGIA

SEMEIOLOGIA

O começo do pleuriz se faz de tres modos differentes e deve ser encarado debaixo de tres pontos de vista.

Assim, o pleuriz póde começar : pela febre e signaes thoraxicos ; por signaes thoraxicos, sem febre ; por signaes equivocos, que em nada lembram os do pleuriz.

Neste ultimo caso, diz-se que o pleuriz é latente.

Os casos de começo por febre, não são os mais communs, e a vivacidade da febre não implica maior gravidade. Em geral, os phenomenos febris não são muito accentuados, oscillam entre 38° e 39° a 39°,5, no principio de typo intermittente podem revestir mais tarde o typo remittente. Ora a febre cede no fim de 8 a 10 dias, ora só quando o derramen vai se reabsorver, ora emfim dura tanto quanto o derramen e mesmo continúa depois delle, o que indica a coexistencia de uma tuberculose pulmonar.

O augmento da temperatura local do lado affectado foi assignalado por Peter, podendo a differença de um lado para outro ser de 0°,5 de 2° e mais ainda.

O tremor raramente falta no começo do pleuriz, sua duração é de uma a duas horas e muitas vezes reapparece durante cinco a seis dias ; é antes um grupo de tremores erraticos, mais ou menos numerosos, do que unico e violento como o da pneumonia.

Uma vez constituido o pleuriz, outros phenomenos entram em scena, os quaes mais nos orientam. A dôr é, sem contradicção, quasi sempre presente, a principio vaga e fugitiva, ella se fixa posteriormente do lado doente em um espaço mais ou menos limitado, na regiào infra-mammaria ao nivel do 5° ou 6° espaço intercostal, e d'ahi o nome que se lhe dá de *pontada de lado*. E'

esta a descripção classica da dôr pleuritica; entretanto, póde variar de séde e de natureza, apresentando irradiações ao longo dos nervos intercostaes e do nervo phrenico, tendo o caracter pleurodynico das dôres musculares de origem rheumatica. Desde muito tempo dão-lhe os auctores caracteres differentes segundo os diversos modos da sua manifestação. Com effeito a dôr é surda, ou viva, e então, lancinante, pungitiva, terebrante, algumas vezes mesmo angustiosa, syncopal. Por sua séde, ella indica o nervo que está mais sériamente compromettido, a região mais interessada e os orgãos que ameaçam sel-o. Uma dôr no trajecto do nervo phrenico indica a imminencia do perigo que correm o pericardio e o coração. Este nervo tem anastomoses com alguns filetes do plexus cervical e do plexus brachial, e d'ahi, a explicação das dôres, que os doentes, attingidos de pleuriz esquerdo, sentem algumas vezes do lado da face, da espadoa e do braço.

No pleuriz e na pericardite, Thibierge e Legendre assignalaram casos de morte subita, que elles attribuiam a uma syncope; trata-se em taes casos de um reflexo que deriva de uma nevrite localisada e se faz sentir nos nervos da respiração, o pneumogastrico, o espinhal e os filetes motores do phrenico. A intensidade da dôr não é proporcional á abundancia do derramen, casos ha mesmo de derramamentos ligeiros coincidentes com dôr muito intensa.

A dyspnéa é quasi constante em qualquer das fórmas de pleuriz.

Ella depende da intensidade da dôr, da extensão e da séde da lesão; é mais fórte quando o pleuriz é diaphragmatico, quando tem séde á esquerda, quando o derramen é consideravel e rapidamente formado.

Póde ir até a orthopnéa, e segundo Andral a respiração seria sobretudo diaphragmatica nos pleurizes costo-pulmonares, costal superior nos pleurizes diaphragmaticos. A principio a causa da dyspnéa está na dôr e mais tarde no augmento do derramen; entretanto, existem casos em que sendo o derramen conside-

ravel a dyspnéa é minima e outros em que o derramen é minimo e a dyspnéa extraordinaria ; n'este caso ella depende de complicações taes como edema e congestão pulmonares, pericardite, etc.

De taes noções sobre a dyspnéa decorre que na maioria dos casos é falsa a opinião de Traube que avaliava approximadamente a quantidade de um derramen pelo angulo formado do tronco do paciente com o leito.

A dôr e a dyspnéa são as condições que regulam o *decubitus* do paciente, nos casos mais simples, o *decubitus* se faz quasi sempre sobre o lado affectado ; parece que o doente allivia assim a dôr que sente. Um pouco mais tarde o decubitus se faz indifferentemente de qualquer dos lados ; mas quando o derramen é consideravel, o individuo se deita sobre o lado affectado para deixar ao pulmão são toda a sua liberdade de expansão. Em summa, o habito externo trahe sempre, ou a dyspnéa e a dôr ou a indolencia e a liberdade da respiração.

A tosse de ordinario é secca ; quando accompanhada de expectoração, é que existe uma outra affecção pulmonar ou bronchica. E' uma tosse que póde variar de frequencia e de intensidade, conforme a posição que tomam os doentes, e que augmenta ordinariamente quando se ordena aos doentes respirar mais profundamente, fallar, fazer movimentos.

Soluços, vomitos (principalmente nos pleurizes diaphragmaticos), palpitações e opressão no epigastro são phenomenos algumas vezes observados.

Passados em revista rapida os signaes funccionaes, entremos na descripção dos signaes physicos, isto é, d'aquelles que só os diversos methodos de exame physico nos fornecem, e que inquestionavelmente são os mais importantes.

Inspecção.—O lado do thorax, que foi attingido, torna-se immovel ou quasi immovel, quando a dôr é muito intensa ou quando o derramen é consideravel ; o lado são expande-se exageradamente.

Constituido o derramen, o lado affectado dilata-se e apresenta um abaulamento bem sensivel á inspecção, que entretanto não o torna tão evidente como a *mensuração.*

Sendo esta feita com o cyrtometro de Woillez, verifica-se a dilatação thoracica para diante, para fóra e para trás, caracteres estes, que a distinguem da dilatação por heteromorphias physiologicas ou por processos pathologicos, outros que não o pleuriz.

Mais tarde em vez do abaulamento, verifica-se uma depressão mais ou menos consideravel do lado doente.

A dilatacão póde ser verificada por outros processos de mensuração, como o do compasso, o da fita metrica; mas julgamos preferivel a cyrtometria, que segundo a expressão do proprio Woillez, seu inventor, apresenta as seguintes vantagens: 1.ª indica o perimetro thoracico; 2.ª indica todos os diametros horisontaes do peito; 3.ª os traçados dão a fórma da curva circular do thorax em differentes dias da molestia. Assim temos um bom methodo de exploração para accompanharmos a marcha do derramen, mas de pouco valor para diagnostical-o

Na mudança de fórma do perimetro thoracico, quando o derramen é abundante, o esterno é desviado para o lado affectado, o que póde ser verificado pela inspecção; porém, é de maior certeza o signal do cordel ou de Pitres, que consiste na formação de um angulo variavel entre o eixo do esterno e um cordel estirado do garfo esternal á symphese pubiana. Em um individuo são ou normalmente conformado esse cordel passa ao nivel da ponta do appendice xiphoide; em caso de derramen na pleura, o appendice é desviado para a direita ou para a esquerda da linha mediana e d'ahi a formação do angulo a que alludimos.

Ainda, pela inspecção, póde ser notado o deslocamento do coração, quando o derramen é do lado esquerdo, e o abaixamento do figado quando do lado direito; no primeiro caso vê-se o ictus cardiaco para dentro e para baixo do ponto normal, e algumas vezes mesmo á direita do esterno; no segundo caso o hypocondrio direito apresenta um abaulamento evidente.

Apalpação — Este methodo de exploração nos fornece signaes importantes para o diagnostico do pleuriz com derramen abundante, pelos caracteres particulares e quasi pathognomonicos que offerece o *fremito vocal.* Em geral, póde-se estabelecer a regra seguinte : o fremito vocal (ou vibrações thoracicas) é consideravelmente diminuido ou completamente abolido nos pontos em que um derramen liquido da pleura está em contacto com a parede thoracica, e augmentado acima do derramen onde o pulmão retrahido toca a parede do thorax.

E' evidente que um derramen liquido consideravel impede a propagação das ondas sonoras á parede thoracica, e que além disso se oppõe a que esta ultima entre em vibração ; é tambem evidente que o tecido pulmonar retrahido ou antes comprimido deixa mais facilmente chegar as ondas sonoras á parede thoracica e perturba menos as vibrações desta ultima do que o parenchyma pulmonar não retrahido.

Como nas condições normaes, as vibrações da voz são sentidas mais facilmente do lado direito que do lado esquerdo do thorax,o enfraquecimento ou a ausencia total do fremito vocal no lado direito tem um valor diagnostico muito mais consideravel do que a existencia do mesmo phenomeno no lado esquerdo. Nas regiões anteriores e lateraes do thorax a passagem muitas vezes rapida da ausencia ao exaggero do fremito vocal fornece dados importantes para determinar os limites do exsudato. Ao contrario, na face dorsal, algumas vezes uma das sensações passa insensivelmente á outra. Segundo as observações de Seitz, de Reynaud, que primeiro observou este phenomeno, Andral, Monneret e outros, o fremito vocal é apenas ligeiramente diminuido nos pequenos derramamentos; quando estes são consideraveis elle é completamente abolido nas camadas inferiores, ligeiramente diminuido nas superiores e até esta diminuição torna-se menos pronunciada á proporção que nos approximamos do nivel do liquido.

Nos individuos de voz fraca e aguda, nos quaes as ondas sonoras mal attingem a parede thoracica no estado normal, ficamos

sem um elemento importante para o diagnostico dos derramamentos da pleura.

Outros signaes, como : *a fluctuação intercostal* e a *fluctuação vibratoria*, foram indicados, mas bem merecem o esquecimento.

Outro tanto não podemos dizer do *edema da parede*, pesquizado pela apalpação digital, o qual é um bom signal de pleuriz purulento (Chomel e Andral) ; é exacto que Traube, Damaschino e outros tem-n'o assignalado nos pleurizes sero-fibrinosos, mas cumpre notar que neste caso,elle é mais limitado que no primeiro, é menos nitido, e só existe quando o derramen é muito abundante.

Emfim, nos servimos da apalpação ainda para verificarmos os deslocamentos do figado e do coração. Nos derramamentos abundantes do lado direito sentimos algumas vezes a borda do figado, quatro dedos e mesmo mais, abaixo da orla costal.

Percussão.—Este methodo tem tal importancia na exploração de um pleuriz com derramen, que bem merecia ser tratado em primeiro logar, se não devessemos respeitar uma linha invariavel de conducta no exame dos doentes.

Em todas as phazes do pleuriz é interessante explorar a totalidade do thorax e principalmente a região sub-clavea; é ahi que se encontra uma variedade de tympanismo que se designa sob o nome de *skodismo* ou *ruido skodico.* Auenbrugger tinha já notado nos derramamentos medios uma «resonantia major» na parte não occupada pelo liquido.

Esse tympanismo verificado com derramamentos medios é na opinião de Skoda produzido pela vibração do tecido pulmonar ligeiramente comprimido e portanto contendo ar. Nos derramamentos consideraveis que comprime totalmente o pulmão verifica-se algumas vezes uma variedade de tympanismo que Williams, attribuia ao abalo plessimetrico da columna de ar tracheo-bronchica donde a mudança de tonalidade sempre que o paciente abre ou fecha a bocca. Woillez, que estudou cuidadosamente as sonoridades sub-claveas do pleuriz, estabelece cinco variedades, cujos

caracteres julgamos de puro interesse theorico, pois, do seu reconhecimento nenhum dado podemos tirar que nos oriente sobre o volume do derramen, sobre a qualidade do liquido, nem sobre a natureza do pleuriz, nem sobre o estado do pulmão ou o gráo de participação deste orgão no processo pathologico. Entretanto, a verificação do tympanismo em si é importante, porque a sua desapparição abaixo da clavicula e sobre este osso é em geral indicio de um derramen muito consideravel, e além deste phenomeno podemos verificar outros que com elle formam um syndroma de grande valor no diagnostico do volume do derramen: abaulamento consideravel e geral do lado doente, abaixamento do figado (se o pleuriz é direito), deslocamento do coração e desapparição do tympanismo do espaço semi-lunar de Traube (se o pleuriz é esquerdo).

Este ultimo signal, matidez do espaço de Traube, é um dos que têm maior valor sob o ponto de vista da apreciação da quantidade do liquido. Entretanto Jaccond indica duas causas de erro, que é util lembrar: um pleuriz parcial e enkystado da região infra-mamaria esquerda determina matidez em todo ou parte do espaço semi-lunar; mas a conservação ou o exagero da sonoridade nas outras regiões do thorax, a existencia de um abaulamento ciscumscripto, pódem nos orientar sobre o diagnostico. A presença de falsas membranas na parte anterior do fundo de sacco costodiaphragmatico, produzindo o que Jaccoud chama a symphise phreno-costal, póde tambem substituir a matidez ao tympanismo no espaço de Traube; mas, em tal caso, se não existe retracção da parede, ainda menos existirá abaulamento; os espaços intercostaes são deprimidos e sua depressão se accusa cada vez mais a uma nova inspiração; é pois possivel, graças a uma inspecção attenta, reconhecer a verdadeira causa da anomalia.

A exploração da parte posterior do thorax, salvo no caso de pleuriz parcial e enkystado, denota *matidez* mais ou menos absoluta; esta matidez apparece desde que a espessura da camada

liquida é de 2 a 3 centimetros, e augmenta com ella, isto é, é tanto mais completa quanto mais declives são os pontos que percutimos ; o dedo que percute tem a sensação da falta de elasticidade da parede thoraxica e das partes subjacentes, e quando a matidez é absoluta, *matidez hydrica*, parece-se com a que se obtem quando se percute a coxa. O limite superior do derramen é marcado por uma linha ao nivel da qual, bruscamente e sem transição, a matidez dá logar á hypersonoridade ; esta linha, na maioria dos casos, não é horisontal, como ficou provado por Damoiseau. Segundo este auctor, a linha de nivel do liquido desenha na superficie do thorax curvas do genero das secções conicas obliquas, e a matidez pleuritica é limitada por uma linha irregularmente parabolica ou elliptica, nos derramamentos medios ; o eixo da parabola corresponde mais ou menos á linha dos angulos posteriores das costellas, seu vertice ao angulo inferior do omoplata, seu ramo posterior prolongado vai encontrar a columna vertebral em um ponto mais ou menos baixo, seu ramo anterior encontra-se com a extremidade inferior da borda esquerda do esterno. A curva desapparece e a linha de matidez torna-se horisontal quando o derramen chega a 2 ou 3 dedos acima da mamilla. Seguindo as alternativas de accrescimo e decrescimo do exsudato, a superficie de matidez descreve curvas superpostas irregularmente parabolicas, analogas á curva primitivamente observada.

Em França a fórma parabolica da linha de matidez conquistou grande numero de partidarios. Aran a considera como pathognomonica de um derramen da pleura.

Woillez diz que nos derramamentos médios a linha de matidez tem a fórma de uma metade de elipse de convexidade superior, e que nos abundantes a linha torna-se horisontal atrás, mas occupa ainda uma situação mais baixa adiante do que atrás.

Segundo Peter, as curvas parabolicas de Damoiseau são lateraes, isto é, verificam-se sobre doentes que se deitavam sobre

o lado affectado; ao contrario, quando o doente se deita sobre o dorso, a curva representa apenas uma metade de parabola.

Na Allemanha, Wintrich declara que a linha que limita superiormente o derramen «não é ordinariamente uma linha horisontal ou paralella ao sólo, mas desce para o sólo formando um angulo mais ou menos agudo.»

Segundo Skoda: «Em um grande numero de pleurizes, mas não em todos, a matidez começa na parte posterior abaixo do omoplata, se eleva na axilla, e volta mais ou menos ao mesmo nivel, na parede anterior. Adiante, entretanto, a matidez não chega tão alto quanto atrás».

Niemeyer affirma somente que a matidez não se eleva tão alto adiante quanto atrás.

Ferber admitte a curva de Damoiseau. Fraentzel pensa que: « conforme as leis physicas e segundo a posição do doente, a linha de matidez é uma curva dirigida de cima para baixo e de trás para diante, e cuja concavidade olha para o externo ».

Na Inglaterra, os medicos parecem pouco se preoccupar com a fórma da linha de matidez; elles aceitam os resultados obtidos por Damoiseau e Ferber.

Entre nós o saudoso Professor Torres Homem assim se exprime, em uma das suas lições sobre o pleuriz: « Só uma vez, meus senhores, pude verificar a existencia da linha parabolica limitrophe de um exsudato da pleura, de que tanto se occupa Damoiseau em sua memoria, publicada nos *Archivos geraes de Medicina*», intitulada —Pesquizas clinicas sobre varios pontos do diagnostico dos derramamentos pleuriticos.

O eminente mestre Dr. Francisco de Castro, em suas sabias lições, professadas no anno de 1896, sobre os diversos methodos de exploração do apparelho respiratorio, demonstrou praticamente a existencia da linha parabolica de Damoiseau e do triangulo de Garland, e bem assim os seus valores semeiologicos.

Nos Estados-Unidos da America do Norte, Garland e Calven Ellis, e na Allemanha Heitler, descreveram uma fórma differente

da linha de matidez pleuritica, que por Garland foi denominada — *curva em S ;* a curva começa um pouco embaixo no dorso, depois se affasta da columna vertebral e se eleva por um trajecto obliquo até a região axillar, ponto em que ella attinge seu nivel mais elevado; torna-se em seguida quasi horisontal abaixando-se imperceptivelmente para o esterno.

Existe com effeito, como tivemos occasião de ver no curso de clinica propedeutica, ao longo da columna vertebral, uma zona de matidez menor, que desce até um ponto mais ou menos baixo e parece metter-se como uma cunha entre a aresta das espinhas dorsaes e a matidez do derramen. Para verificarmos tal signal devemos começar a percutir do lado são para o lado affectado; assim, facilmente distinguimos tres zonas differentes. Do lado não compromettido a sonoridade é normal, isto é, o som é cheio e claro (Heitler) até a columna vertebral ; do lado compromettido e muito perto da columna vertebral a sonoridade é mais ou menos diminuida, isto é, ha sub-matidez ; mais para fóra a sonoridade desapparece completamente, isto é, ha matidez absoluta.

Em França, Ramey na sua these conclue, baseado em experiencias sobre o cadaver, que, quando o derramen attinge dous litros, o angulo costo-vertebral desapparece e a matidez se estende desde a fossa supra-espinhosa até a extremidade da base ; encontra-se sempre, entretanto, mesmo quando o exsudato occupa toda a cavidade pleuritica, um espaço mais ou menos extenso, que vai até a parte posterior do thorax, onde o som não é completamente matido.

Garland foi quem com mais cuidado descreveu esta zona e dahi a denominação de *triangulo de Garland* dada pelo Professor Francisco de Castro ao *triangulo de sub-matidez*, « *dull triangle* », estudado por aquelle auctor. O triangulo de Garland é limitado superiormente por uma linha ficticia perpendicular á columna vertebral e que passe pelo vertice da curva de matidez ; do lado interno pela columna vertebral ; do lado externo pela linha de matidez, que neste ponto se eleva para as partes lateraes descrevendo

uma ligeira curva de concavidade voltada para cima e para dentro; por causa deste lado não podemos considerar o triangulo perfeitamente geometrico. Austric em sua these (1894) refere que encontrou a presença dessa curva em 15 casos sobre 17 ; nos outros dous casos, não era regular e a matidez affectava uma fórma escalariforme.

Na área do triangulo de Garland as vibrações thoracicas são fracamente perceptiveis, o murmurio vesicular é muito brando, e a respiração é soproide. Ha uma transição rapida entre estes signaes e os do derramen, isto elimina a hypothese de uma transmissão dos ruidos do lado são ao lado affectado.

A zona de submatidez é bastante variavel e o triangulo grosseiro, que ella representa, póde ser substituido por uma simples faxa de submatidez mais ou menos larga que desce quasi até a parte inferior da cavidade pleuritica ao longo da columna vertebral. Austric conclue pelas suas observações que a altura deste triangulo não está em relação com a quantidade do liquido contido na cavidade, mas dá-lhe uma média de 6 centimetros. Desse mesmo sentir é Ramey, que, em um caso de 1200 grammas de liquido, vio que a altura do triangnlo era de 9 centimetros e em um caso de 1600 grammas a altura era de 3 centimetros; notando-se qne em ambos os casos o derramen era do mesmo lado, esquerdo.

No dizer de Heitler «a extensão da zona de matidez depende em parte da abundancia do derramen e em parte da elasticidade pulmonar. Não ha proporção definida entre a quantidade do derramen e a zona de submatidez que se avisinha da columna vertebral; é preciso levar em conta ainda que o gráo de elasticidade pulmonar varia de um individuo a outro.»

Quando o derramen diminue o triangulo alarga-se; nesse facto temos um bom signal da reabsorção do liquido pela sua precocidade.

Finalmente a *curva em S* é uma forma commum da linha de matidez. Depois dos trabalhos de Garland ella foi admittida e descripta por Autric, Ramey e outros, em França.

Para ser traçada no thorax devemos percurtir superficialmente e com toda attenção o lado doente, começando debaixo para cima, será percebido mais facilmente o triangulo de Garland, se mandarmos o doente andar um pouco ou ao menos fazer algumas inspirações, tão profundas quanto possa, para que os alveolos sub-jacentes se dilatem mais completamente pela entrada do ar em suas cavidades.

Ramey colloca na axilla o ponto culminante da curva; Autric diz que este ponto ordinariamente é mais para dentro, entre a espadua e a columna vertebral; este facto é o mais commum.

Auscultação — Desde que o derramen é apreciavel pela percussão, a auscultação revela nos pontos correspondentes um *enfraquecimento do ruido respiratorio e uma alteração em seu timbre;* é a expiração que primeiramente se modifica, ella torna-se soproide e prolongada, a inspiração póde em seguida apresentar o mesmo caracter, mas o sôpro geralmente fica mais nitido durante a expiração; no começo elle é doce, um pouco longiquo como que velado; ulteriormente este sôpro passa por diversas modificações de accôrdo com a abundancia do derramen e o estado do pulmão.

Elle desapparece e dá logar ao silencio no ponto em que o liquido substitue o pulmão; — persiste com seus caracteres primitivos sempre que a camada de liquido fica tão delgada que permitte a transmissão do murmurio vesicular ao ouvido do observador; — toma o caracter cavernoso ou amphorico, sempre que a compressão cada vez mais forte torna tão impermeiaveis os bronchios pequenos e médios, que só ouve-se o ruido forte e volumoso dos grossos bronchios e da trachéa; — finalmente .o sopro póde ser substituido por um silencio absoluto, mesmo quando a compressão é sufficiente para produzir o sopro tubario, no caso em

que os bronchios obstruidos não são accessiveis ao ar. Taes são as condições fundamentaes que produzem este phenomeno estethoscopico ; vejamos agora quaes suas applicações clinicas.

Encarados como signal de abundancia do derramen, as modificações do ruido respiratorio e do sopro podem ser grupadas em uma série crescente : — diminuição do murmurio vesicular, — sopro brando, — silencio e sopro brando, — sopro bronchico, —silencio e sopro bronchico,—silencio e sopro cavernoso,—silencio geral. A substituição de um termo inferior da série por um termo superior implica um augmento na quantidade do liquido, e, em geral, a passagem de um termo superior a um termo inferior denota uma diminuição do derramen.

Entretanto a substituição do sopro bronchico superior pelo ruido respiratorio fraco póde ser ligado a um augmento do derramen, isto tem logar com os pleurizes abundantes que produzem um sopro generalisado em todo o thorax.

Cumpre notar que o sopro do pleuriz, velado, tubario, cavernoso ou amphorico, desapparece muitas vezes logo no inicio da affecção.

Existe muito raramente nos derramamentos antigos, e tal facto tem sua razão de ser na compressão gradual de todos os conductos bronchicos, cujos ruidos eram até pouco antes transmittidos.

A voz auscultada apresenta caracteres que estão em harmonia com os do ruido respiratorio e do sopro ; no ponto em que o murmurio vesicular é diminuido ou nullo, a resonancia vocal é enfraquecida ou ausente ; algumas vezes, entretanto, em casos de respiração silenciosa a voz ainda nos chega ao ouvido como um sussurro confuso e longinquo; desde que haja sopro o ruido vocal é exagerado e adquire um timbre semelhante ao do sopro, a voz é bronchica se aquelle tem este caracter, e a esse signal denominou-se *bronchophonia* ; a voz póde ser ainda cavernosa, amphorica ou *pseudo-cavitaria*, quando o sopro por sua vez o é.

Com o sopro brando, velado, longiquo e expiratorio, coincide a *egophonia*, voz caprina ou voz de polichinello. O termo *egophonia*, cuja traducção litteral é *voz de cabra*, se applica uma resonancia particular da voz que parece tremula e intercadente e que, a par de um timbre aspero, toma uma tonalidade mais aguda. O balido da cabra dá uma idéa perfeitamente exacta do phenomeno.

A egophonia é geralmente facil de ser reconhecida, e só ha uma causa de erro a evitar : a transmissão de uma voz que apresente naturalmente um timbre fanhoso e caprino ; em taes casos a voz se transmitte a todos os pontos auscultados com caracteres identicos e só isso basta para affastar a idéa da egophonia verdadeira, que só é ouvida em uma região circumscripta ; quanto ao timbre da voz da pessoa que auscultamos, é facil verifical-o antes.

A intensidade do fremito vocal é muito variavel, assim como o seu grão de pureza ; muitas vezes a egophonia se complica de resonancia exagerada — *broncho-egophonia* e nem sempre é possivel filiar a uma só causa esta complicação, que ordinariamente é de origem complexa. Comquanto a egophonia seja um signal de derramen liquido da pleura —purulento, hemorrhagico ou sero-fibrinoso, cumpre notar que neste é que ella se apresenta com os seus caracteres mais pronunciados.

Póde apparecer 2 ou 3 dias depois da pontada de lado e dos phenomenos febris, para isso basta que exista já um pouco de matidez e que as vibrações thoracicas se tenham enfraquecido na parte postero-inferior do pulmão. A egophonia occupa então uma zona estreita, que parece corresponder ao limite superior do espaço no qual se verificam os signaes precedentes. A medida que o derramen augmenta, a egophonia se desloca debaixo para cima, delineando sempre approximadamente o nivel superior do liquido. O seu maximo de nitidez só se verifica quando a matidez attinge atrás ao meio da altura do pulmão; a egophonia occupa então de preferencia o espaço comprehendido entre o angulo inferior do omoplata e a columna vertebral, isto é, aquelle espaço

em que o sôpro velado tambem tem o seu maximo de audiencia. Quando o derramen augmenta ainda, quando a matidez sóbe até a espinha do omoplata, occupa a região axillar e apparece na parte anterior do thorax vê-se o caracter *caprino* da voz diminuir até desapparecer. Este phenomeno está pois em relação com a quantidade do liquido, elle indica um derramen pequeno ou medio; assim elle é raramente encontrado na parte anterior do peito, região que só é attingida nos grandes derramamentos.

O caracter mais notavel da egophonia, nas condições que acabamos de suppor, isto é, no pleuriz sero-fibrinoso, com derramen medio, sem complicação nem affecção concomitante, é a perfeita pureza do *tremido* sem resonancia accessoria. Mas cumpre notar que nem sempre o pleuriz se apresenta com esta notavel simplicidade de lesões; em muitos casos, mesmo na maioria, a inflammação exsudativa da pleura é associada com uma congestão pulmonar de extensão e intensidade variaveis; resulta dahi que o caracter caprino sendo embora dominante, é alterado pela addição de uma resonancia mais ou menos pronunciada. Em outros casos em vez de um pleuriz propriamente dito, com ou sem congestão pulmonar, trata-se duma affecção do pulmão na qual o derramen liquido apenas representa um papel secundario: é o que tem logar na *pleuro-pneumonia*. Neste caso o que domina é a resonancia exagerada da voz e o caracter caprino parece existir como enxerto: é a *broncho-egophonia*.

Laënnec explicava a egophonia pelo achatamento dos bronchios sob a influencia da compressão exercida sobre o pulmão e admittia como uma causa accessoria, «a interposição d'uma camada de liquido delgada e susceptivel de ser agitada pelas vibrações da voz». O achatamento dos bronchios goza sem duvida de um papel na producção do phenomeno, mas este papel é menos importante do que pensava Laënnec; a egophonia existe com pequenos derramamentos, caso em que não se poderia invocar uma

compressão sufficiente para achatar os bronchios; demais quando o derramen torna-se mais abundante, havendo, portanto, mais forte rasão para o achatamento dos bronchios a egophonia desapparece.

Por outro lado os tumores peri-bronchicos, as hepatisações que têm séde junto dos grossos bronchios e que os comprimem, não dão logar á egophonia ; é preciso, pois, outra cousa além do achatamento dos bronchios e esta outra cousa é a presença do liquido ; mas é necessario que este tenha uma disposição particular, que elle seja laminiforme ao menos em uma de suas partes e, como esta disposição se realiza nos derramamentos médios na sua parte superior, é precisamente nestas condições que se verifica a egophonia.

A presença do liquido é pois no pleuriz sero-fibrinoso a causa principal da egophonia; mas desde que nos lembremos, que na *spleno-pneumonia* podemos encontrar o mesmo phenomeno, somos obrigados a admittir que o liquido intra-pleuritico não é indispensavel e que outras condições physicas podem ter logar. No numero destas condições, o caracter mais ou menos fluido dos exsudatos intra-alveolares e intra-bronchicos reclama evidentemente um logar importante.

Não é indifferente a escolha das palavras que mandamos pronunciar pelo paciente emquanto auscultamos ; Lasègne aconselha de preferencia as consoantes mais vibrantes, como a lettra *R*, e o numero *trente-trois* como sendo o mais favoravel. Elle recommenda que se faça repetir durante todo o tempo da auscultação a mesma palavra ; este preceito é mais importante do que parece, porque sem duvida nenhuma a voz transmittida não tem a mesma resonancia com todas as palavras.

Entre nós adoptou-se o numero — *trinta e tres* — que como vê-se é a traducção do francez; julgamos que esse numero pronunciado em francez presta-se perfeitamente ao fim a que se propõe, mas em portuguez, por ser de pronuncia labial, devia ser abandonado. Em portuguez uma das palavras que mais se prestam

para esta exploração é — *tratará* —, pelo que a adoptamos ; seja esta ou outra palavra escolhida, mas não nos esqueçamos de exigir que ella seja pronunciada distinctamente, lentamente e com voz alta e sempre igual.

Se, em vez de mandarmos o paciente fallar em voz alta lhe pedirmos que pronuncie a palavra — *tratará* — *em voz baixa*, tendo o cuidado de articular todas as syllabas, e o auscultamos, percebemos que esta voz segredante se transmitte com uma notavel nitidez, ao contrario do que se dá quando o individuo tem o seu apparelho respiratorio são, caso este em que o cochicho não é absolutamente transmittido ao ouvido. Aquelle phenomeno é o signal a que se deu o nome de *pectoriloquia aphonica* — ; seus caracteres são a transmissão nitida de uma palavra, com todos os detalhes da pronuncia, sem falta de uma só syllaba ; dir-se-hia que o cochicho se produz junto á orelha, immediatamente sob a parede thoracica.

O modo de transmissão da voz segredante tinha completamente escapado a Laënnec e a seus successores immediatos, e é a Bacelli que se attribue o merito de ter sido o primeiro a chamar a attenção sobre este phenomeno.

Bacelli fez da *pectoriloquia aphonica* um signal exclusivo do pleuriz ; ainda mais elle affirmou que este signal só existia nos casos de derramamentos serosos e sero-fibrinosos, que elle tornava-se tanto menos nitido quanto maior numero de elementos figurados contivesse o liquido e que não era encontrado nos pleurizes purulentos e hemorrhagicos. Assim a pectoriloquia aphonica assumia uma importancia consideravel como meio facil e seguro de diagnostico da natureza do derramen.

Todas essas asserções eram inexactas ou muito exageradas. Guéneau de Mussy, depois de ter aceito as conclusões de Bacelli, assignalou um certo numero de pleurizes sero-purulentos nos quaes faltava esse signal. Jaccoud verificou a sua presença em casos de pleuriz hemorrhagico. As observações contradictorias se multiplicaram e hoje estão todos concordes que a pectoriloquia

aphonica não póde servir para determinar a natureza dos derramamentos da pleura.

Ainda mais ella não constitue um signal exclusivo dos derramamentos da pleura, tem sido encontrada em casos de grandes cavernas pulmonares, de pneumonia, de spleno-pneumonia, de endurecimento tuberculoso dos apices, de pneumothorax parcial.

Em ultima analyse, as affecções pleuro-pulmonares em que este signal tem sido encontrado são das mais numerosas e das mais differentes. E' verdade que a condição mais favoravel para a sua producção é a existencia de um derramen da pleura e que a pectoriloquia aphonica mais nitida encontra-se nos casos de pleuriz sero-fibrinoso de derramen medio, mas as suas *nuanças* são de uma apreciação tão delicada que o seu valor torna-se muito relativo.

O ruido de attrito é um signal muito frequente no pleuriz sero-fibrinoso e que se mostra em 2 periodos: nos dois ou tres primeiros dias, no periodo dito de pleuriz secco, durante o qual o liquido ainda não existe ou não é ainda apreciavel;—no fim da molestia, a partir do momento em que o derramen começa a decrescer. Estas duas variedades de attrito apresentam sensivelmente os mesmos caracteres; todavia, o attrito do fim, ligado á existencia de falsas membranas é mais nitido e mais intenso do que o do começo, que tem como causa a aspereza da serosa devida á intumecencia e á queda das cellulas endotheliaes; demais, emquanto que este ultimo é geralmente circumscripto á base e á axilla, o attrito meta-pleuritico não tem logar de escolha, isto é elle apparece no ponto em que a reabsorpção do liquido permitte as duas pleuras entrar novamente em contacto.

Estes attritos dão ao ouvido, uma sensação de ruidos rudes, de fricção, de raspadura, cuja natureza é tal, que a ideia que se apresenta expontaneamente é a de uma fricção, que se opera entre duas superficies duras e desiguaes. Um outro caracter importante destes ruidos é de serem ou parecerem completamente superficiaes; sente-se que elles tem sua origem immediatamente

sob a parede thoracica, ou antes, que a propria parede concorre para a sua producção. Em certos casos o observador póde percebel-os pela auscultação e pela apalpação; alguns doentes mesmo accusam a sensação do attrito.

Ordinariamente esse signal só póde ser ouvido em uma superficie muito restricta; elle não se propaga á distancia, e desde que nos affastemos do ponto em que elle se produz cessa logo de ser ouvido.

Todavia, consecutivo a certos pleurizes, póde ser observado attrito em uma grande extensão, desde a espinha do omoplata até a base; é que se trata em tal caso, de um derramen laminiforme e cuja reabsorpção foi muito rapida, todas as partes da serosa se acham ao mesmo tempo nas condições necessarias para a producção do signal. Comtudo isto não dura muito tempo; os attritos, ao menos estes que accabámos de estudar têm uma existencia ephemera, que não vae além de um pequeno numero de dias. Em compensação, emquanto existem, ficam constantes e identicos, nenhuma modificação soffrendo com os esforços, com a tosse, com a expectoração.

Finalmente, estes ruidos de attrito estando sob a dependencia immediata dos movimentos respiratorios, lhes são synchronicos e deixam de ser ouvidos nos tempos de repouso. Pódem ser ins ou expiratorios, mas na maioria dos casos coincidem com os dois tempos, o que torna comprehensivel a denominação de *attrito ascendente e descendente* que lhe tinha dado Laënnec.

Quando percebemos este signal n'um individuo que apresenta desde 2 ou 3 dias os symptomas de uma affecção febril, que tosse e se lastima de uma pontada de lado, é claro que o diagnostico de pleuriz não é duvidoso. A egual diagnostico devemos chegar quando este signal apparece em um individuo, que desde algum tempo trazia um derramen pleuritico; mas neste caso o valor diagnostico do signal desapparece perante seu valor prognostico: o attrito que apparece n'estas condições é um bom indicio do começo de reabsorpção do liquido.

O pleuriz com derramen não é o unico que póde determinar o apparecimento do attrito. Existe um grande numero de pleurizes que evoluem sem chegar á exsudação liquida; estes pleurizes ou pleurites seccas sendo sempre symptomaticos de alguma affecção do pulmão ou dos bronchios (bronchite, congestão pulmonar, pneumonia, tuberculose), resulta que devemos considerar o attrito como fazendo parte do complexo semeiologico destas affecções.

N'estas condições novas, o attrito pleuritico não se apresenta sempre com os caracteres tão nitidos como os que a pouco indicamos; fica geralmente secco, rude e superficial, mas em logar de constituir um ruido homogeneo, elle como que se decompõe em pequenos ruidos distinctos, que se manifestam ao ouvido subitamente, semelhantes a minusculas explosões; pódem ser mais ou menos approximados uns dos outros, mais ou menos regulares, de modo que apresentam certa analogia com os estertores. Assim, não será difficil confundir estes attritos com ruidos cuja séde é vesicular; queremos nos referir ás *crepitações subpleuriticas* de Bouillaud. Póde acontecer ainda que o attrito seja muito breve, como que reduzido a um só ruido elementar, dando idéa de um estalido, cujo principal caracter distinctivo é ser apenas ouvido *no fim* da inspiração e na expiração, sobretudo poder se produzir entre os dois tempos, independente de qualquer movimento respiratorio.

Este ultimo facto próva que estamos longe do attrito typico do pleuriz com derramen; são ruidos que só têm de commum a sua origem.

A auscultação, melhor do que a apalpação, póde ainda nos certificar do grão de deslocamento do coração. Nos pleurizes direitos o coração é deslocado para a esquerda e para baixo, o ponto maximo da systole póde ser encontrado tres dedos para fóra da linha mamillar e no 6° ou 7° espaço intercostal. Nos pleurizes esquerdos o deslocamento póde ser muito mais consideravel; Dieulafoy, baseiado em numerosas observações, dá grande valor a

este signal para o diagnostico da quantidade do derramen e estabelece que: «este ponto maximo attinge já a borda esquerda do esterno, com um derramen de 500 a 600 grammas; attinge a borda direita do esterno com um derramen de 1.200 grammas; fica entre o esterno e a mamilla direita com um derramen de 1.800 a 2.000 grammas».

Além dos signaes, que descrevemos, devidos á auscultação outros de menor importancia podem ser desprendidos por este methodo de exploração.

Assim, quando auscultamos o lado opposto ao derramen, notamos uma respiração forte, pueril, supplementar, que é tanto mais pronunciada quanto maior é a integridade do pulmão que lhe dá origem. Estertores sonoros, sub-crepitantes, mucosos, etc., podem ser ouvidos, mas estes signaes nada tem que vêr com o, derramen do lado opposto.

Convêm que estejamos sempre prevenidos sobre a possibilidade de propagação dos ruidos de um lado a outro ; para a sua differenciação basta que tenhamos presente o caracter dos ruidos propagados, o qual é — tornarem-se tanto menos distinctos quanto mais nos afastamos da columna vertebral.

Resta-nos ainda fallar de um signal cuja pesquiza põe em pratica simultanea dous methodos de exploração : é o *signal da moeda* (*signe du sou* de Sieur), que é uma generalisação do ruido de bronze, descoberto por Trousseau no hydro-pneumothorax.

O signal da moeda consiste na audiencia de um som claro argentino, emquanto a parede opposta (do lado affectado) áquella que auscultamos é percutida por um auxiliar, que serve-se de uma moeda como plessimetro e de outra como martello. Esse som argentino é ouvido em todos os pontos que estão em relação com o liquido.

THEORIAS DA LINHA DE MATIDEZ

Theorias da linha de matidez

Gerhardt attribue a curva parabolica á origem dentada dos musculos da parede thoracica.

Damoiseau invoca o emkystamento rapido dos derramamentos inflammatorios: «Os pleuriticos deitam-se de ordinario sobre o dorso, quando o seu derramen se fórma; o liquido se nivela n'esta posição, e por conseguinte sua face superior plana, corta obliquamente o thorax segundo uma linha dirigida de cima para baixo e de trás para diante. Logo se enkysta o derramen n'esta posição,. e desde então se fixa, é retido, sem poder para o futuro ceder á acção de gravidade, de sorte que se mandarmos que o doente se sente, a matidez do thorax se eleva atrás mais alto do que na frente e dos lados». Póde existir com effeito um enkystamento real de exsudato; mas este não pode então augmentar sem romper as adherencias que o encerram.

O enkystamento não explica porque segundo as alternativas de accrescimo e decressimo, a linha de matidez descreve, segundo a observação do proprio Damoiseau, curvas parabolicas encaixadas.

Ladendorf verificou que as leis de capillaridade são sensivelmente exactas quando se trata de dois cylindros encaixados. Elle tomou dois vidros de lampada rectos e de calibre tal que um entrasse no outro deixando entre si um espaço capillar. Manteve-os em contacto n'um ponto com um pouco de verniz e collocou-os em um vaso cheio d'agua; o liquido subiu entre os dois vidros e seu limite superior tomou logo a fórma de uma hyperbole.

Applicando este facto aos derramamentos intra-pleuriticos, elle procurou provar com o auxilio de formulas trignometricas que o derramen deve ás leis de capillaridade a fórma hyperbolica de seu limite superior e a fixidez d'esta fórma, nas mudanças de posição do doente.

Em alguns casos, o derramen laminiforme póde ser comparado ao liquido contido entre duas laminas parallelas, e de certo modo ser justificavel a applicação das leis dos desnivellamentos capillares para explicar-se a fórma da curva de matidez.

Peter faz intervir a viscosidade do liquido, a qual impede o nivel de ficar plano quando o doente se senta.

Supponhamos a principio o liquido completamente *seroso*, de uma fluidez comparavel á da agua; elle obdece docilmente ás leis de gravidade. Alojado na gotteira costo-vertebral sob a influencia do decubito dorsal, quando o doente se senta elle se espraia sobre o plano, que lhe offerece o diaphragma, e sua linha de nivel é horisontal.

Supponhamol-o agora inteiramente *fibrinoso*. Assim, elle adquire propriedades adhesivas, que constituem um obstaculo á acção da gravidade; de sorte que o exsudato, quando o doente toma a posição vertical, conserva mais ou menos a mesma disposição que affetava quando o tronco estava sobre o plano inclinado. A linha de nivel não é mais horisontal quando o doente se senta, fica obliqua ao eixo do cone thoracico, e o plano que passasse por esta linha de matidez daria uma linha de intersecção de fórma mais ou menos parabolica.

Supponhamol-o emfim *sero-fibrinoso*. «Elle se ajuntará como os precedentes nos pontos mais declives do thorax, quando o doente estiver deitado; depois, desde que elle se sentar, a parte serosa do liquido procurará a base do peito espraiando-se sobre o diaphragma e deixará, como uma agua lodosa quando se escôa, uma espessa camada de sedimento sobre os pontos que abandona, de sorte que pela percussão encontrar-se-á : 1.° nos pontos ha pouco occupados pela totalidade do derramen, matidez super-

ficial devida á presença da materia fibrinosa que ficou collada ás paredes do peito, e 2.° em uma zona inferior, uma matidez profunda e absoluta causada pela massa serosa que se reuniu neste ponto. »

Para confirmar sua theoria, Peter toma dois frascos dos quaes um contem agua e o outro alcatrão. A agua do primeiro frasco conserva o seu nivel horisontal qualquer que seja a posisão dada a este ultimo. O mesmo não se passa com o alcatrão: «sendo o frasco collocado em uma posição obliqua analoga á de um doente deitado no leito, o liquido se accumula naturalmente nas partes inferiores, de modo que o plano que o limita superiormente é horisontal, e a intersecção deste plano com as paredes do frasco é exactamente uma parabola. Se agora eu collocar este frasco novamente na posição vertical, a parte mais fluida do alcatrão se precipita no fundo do vaso, e o limite superior d'esta parte fluida é a linha de nivel circular; emquanto que a porção viscosa que ficou adherente ás paredes, é precisamente disposta segundo os contornos da parabola primitiva.» Tal é, segundo Peter, a imagem de uma cavidade pleuritica, que contem materia fibrinosa e serosidade.

Torres Homem fazendo a critica desta theoria, com o grande criterio que lhe era proprio assim se exprime: «segundo a fórma da curva do nivel do derramamento, o eminente clinico de Paris julga da natureza do liquido derramado. Eu não penso inteiramente do mesmo modo a este respeito. Quanto a mim, a fórma do pulmão comprimido e a disposição do liquido adaptam-se de algum modo uma á outra, guardando relações quasi invariaveis que se oppoem a que o exsudato seroso volte livremente ao seu nivel depois de deslocado. Se é pois verdade que a curva parabolica corresponde em geral á presença de uma serosidade rica em fibrina, e a obscuridade de som em linha horisontal corresponde a uma collecção pleuritica pouco plastica, é menos a qualidade do liquido derramado, considerada em si mesma, do que o conjuncto das condições em que elle é secretado, *especialmente o*

estado do parenchyma pulmonar, que influe no modo porque se distribue o derramamento. A regra estabelecida pelo professor Peter não deve pois ser abraçada como infallivel, visto como está sujeita a algumas eventualidades. Accresse mais que o liquido derramado na pleura, quer seja hydropico, quer seja inflammatorio, não se move com a mesma facilidade com que se moveria se estivesse em um vaso inerte completamente vasio.»

Nesta citação gryphamos por nossa conta a parte que se refere ao estado do parenchyma pulmonar. Se a pleura é um frasco, não é um frasco capaz de receber livremente uma quantidade mais ou menos consideravel de liquido.

Peter não leva em conta absolutamente o pulmão : « Tende, eu vos peço, presentes no espirito os dados seguintes : a posição do doente sobre o plano inclinado do leito, a fórma do thorax, a presença de um derramen na cavidade pleuritica, a natureza deste derramen, emfim a acção da gravidade, e tereis todos os elementos da solução do problema de semeiotica cuja explicação vos dou.»

Infelizmente, para a theoria, existe no frasco um fluctuador ; é o pulmão, orgão cheio de ar e de sangue, susceptivel de variar de densidade e de volume extraordinariamente ; ora sobrenadando na superficie do liquido que o repelle, ora mergulhando mais ou menos, ora, emfim, cahindo pesadamente no fundo.

Os derramamentos sero-fibrinosos deslizam sobre a parede pleuritica, deixando «como uma agua lodosa que se escôa, uma espessa camada de sedimento sobre os pontos que abandona» ; a esta asserção de Peter, replica Potain : « Sem duvida os pleurizes serosos acompanham-se muitas vezes de massas fibrinosas, mas estas massas estão contidas em um liquido que se desloca com ellas.» A viscosidade do liquido e suas propriedades adhesivas seriam uma razão mais séria ; demais, a pleura inflammada é desigual, rugosa, e se presta bem a estes phenomenos de adherencia. mas será o liquido tão viscoso que não possa deslocar-se ? Potain nos responde : «não ha derramamentos, nem mesmo purulentos,

que deixem de ter uma fluidez sufficiente para a sua deslocação sob a influencia da gravidade.»

Ramey verificou um deslocamento de tres a quatro centimetros em um caso de pleuriz purulento; Autric fez menção igualmente de factos analogos.

Quando o derramen desapparece, é a parte liquida que mais rapidamente se reabsorve; se a theoria de Peter fosse exacta, só ficaria, por fim, na parte posterior uma sub-matidez devida ao sedimento em via de desagregação. Ora, Damoiseau mostrou que, ao menos em um bom numero de casos, as oscillações de quantidade fazem variar a altura da linha de matidez, mas não sua fórma geral, que fica a das curvas superpostas.

A relação indicada por Peter entre a curva parabolica da linha de nivel e a natureza do exsudato tambem não é constante.

Ellis e Autric referem casos nos quaes, sendo o liquido seroso e claro, a linha de matidez era muito obliqua.

Finalmente, Rovighi (de Modena) realizou a experiencia dos frascos sobre os cadaveres de individuos que tinham os pulmões normaes, fazendo injecções na cavidade thoracica, de um a dous litros de uma solução de alcatrão ou de outro liquido denso (soluções de gomma e de colla de peixe). O cadaver sendo posto em diversas posições, elle notou que a fórma da linha de matidez não se modificava rapidamente, mas sómente depois de um certo tempo. Na verdade, admittindo-se que uma camada de liquido, pela sua densidade, fique adherente á parede costal, elle obscurece um pouco o som de percussão, mas não produz matidez absoluta.

A distribuição do liquido na cavidade pleuritica não depende, pois, da natureza do liquido derramado.

Sua mobilidade depende do estado do pulmão. Quando o exsudato é fixo, sua distribuição é, na maioria dos casos, determinada pela attitude do thorax, na qual a topographia do derramen foi de algum modo sorprendida.

Luzzato cita a historia curiosa de uma lavadeira, que nos primeiros dias da molestia tinha continuado no exercicio da sua pro-

fissão, que a obrigava a ficar de pé, durante horas, com o tronco inclinado para a frente. A matidez nesta mulher era muito mais elevada adiante do que atrás : « Depois de varios dias de repouso no leito, o nivel superior da matidez tomou sua fórma ordinaria.»

E' pois o pulmão que representa o principal papel na fixidez do derramen.

A ideia de fazer gozar ao pulmão um papel na fórma da curva de matidez não é absolutamente nova. Laënnec, que deve ser sempre citado, assignala já a fixidez de posição do pulmão comprimido: Convem ajuntar que *o pulmão comprimido pelo derramen fica muito menos movel*; que as adherencias antigas ou as falsas membranas recentes fixam-n'o quasi sempre de um modo invariavel na mesma posição.»

Segundo Garland o nivel do derramen nos exsudatos de media quantidade, reproduz a fórma da base do pulmão: «O pulmão, resistindo mais do que o liquido que o comprime, é o principal factor que determina a curva de matidez.»

Potain formulou em termos mais exactos e mais precisos o papel do pulmão na topographia do exsudato. «E' menos a qualidade propria do liquido do que o conjuncto das condições em que elle é secretado e, em particular, o estado da parenchyma pulmonar, que nos parecem presidir o modo de distribuição do derramen.» (Honolle). Quando o derramen é moderado e recente sob a influencia da gravidade, desloca-se para frente na posição sentada, e o pulmão vae occupar atrás o logar do liquido. Mas desde que a viscera está atelectesiada, o que se produz rapidamente, é incapaz de se deixar comprimir mais adiante e de se dilatar atrás; o liquido não se desloca mais por mudanças de posição do doente porque o vacuo não pode existir entre a pleura costal e o pulmão; se o facto fosse possivel ver-se-ia a parede thoracica se deprimir sob a acção da pressão atmospherica. O pulmão e o liquido conservam necessariamente a posição que crearam entre si.

A impermeiabilidade do pulmão ao ar é pois a principal causa que fixa o derramen na posição que occupa primitivamente.

Esta impermeiabilidade do pulmão é devida algumas vezes á atelectasia, mas na maioria dos casos á congestão pulmonar que accompanha ou que precedeu a exsudação pleuritica.

Rendu estabelece: «que em principio todo pleuriz agudo é inicialmente uma molestia pulmonar. Mesmo nas condições etiologicas as mais classicas, é o pulmão que primeiro é attingido: a pleura só o é secundariamente; o mais que se póde admittir é que o processo morbido desenvolve-se simultaneamente... Muito raramente, para não dizer nunca, o pleuriz é um acto morbido primitívo: devemos sempre procurar, em presença de um derramen pleuritico, a lesão parenchymatosa subjacente, inflammatoria, septica ou parasitaria».

A pleura póde ser lesada primitivamente, sem a intervenção do pulmão; mas este facto é relativamente raro. A mobilidade do liquido depende pois principalmente da aptidão dos alveolos pulmonares em se deixar comprimir pelo exsudato pleuritico ou dilatar ao contrario pelo ar vindo dos bronchios.

Rovighi defendeu recentemente a mesma theoria: «O pulmão na cavidade pleuritica se acha em um estado de tensão elastica permanente. Consecutivamente á pressão atmospherica que se exerce nas cavidades alveolares, elle deve, quando seu parenchyma não está excessivamente comprimido e atelectesiado, necessariamente tomar em cada deslocamento do liquido intra-pleuritico o lugar abandonado por este liquido. Mas quando o pulmão está muito retrahido no hilo e comprimido pelo exsudato,tendo o parenchyma perdido sua elasticidade, as mais ligeiras mudanças de posição do liquido e do pulmão tornam-se difficeis e quasi impossiveis.»

O papel do pulmão na mobilidade ou na fixidez do derramen, foi demonstrado, segundo Hue, por Penato e Chiarutini, sobre o cadaver de um homem de pleuriz sero-fibrinoso. Estes autores viram o pulmão, cercado de liquido e fluctuante em sua superficie, tender sempre a occupar o vacuo deixado por este ultimo nas mudanças de posição do thorax.

VALOR SEMEIOLOGICO DA LINHA DE MATIDEZ

Valor semeiologico da linha de matidez

O deslocamento da linha de matidez pelas mudanças de posição do doente é o signal mais seguro da presença de um liquido na cavidade pleuritica.

Quando o exsudato já não é movel, a curva especial, que fórma esta linha, é ainda um signal util em caso de duvida. Póde differenciar o pleuriz de um tumor do abdomen ou de um tumor do pulmão.

Algumas vezes, falsas membranas molles e espessas produzem signaes semelhantes aos de um derramen ; a spleno-pneumonia de Grancher é quasi sempre de diagnostico muito delicado ; mas, «é impossivel ou ao menos inverosimil, que uma pneumonia se revéle por uma matidez de fórma parabolica ou arredondada, e é impossivel que falsas membranas possam se desenvolver seguindo uma linha de nivel» (Peter).

Mesmo na ausencia da curva de matidez, o diagnostico é possivel entre a congestão e o pleuriz, tendo presentes os preceitos formulados por Potain. No pleuriz ha uma transição rapida entre os signaes que se observam acima e os que se observam abaixo da linha de matidez ; a sonoridade, as vibrações thoracicas, o murmurio vesicular assim como a retumbancia vocal soffrem uma modificação muito nitida sobre uma linha perfeitamente limitada, que póde ser considerada como a linha de nivel do derramen. Grancher insiste tambem que na spleno-pneumonia o murmurio vesicular reapparece progressivamente de baixo para cima. Sem duvida a puncção exploradora é um meio excellente de resolver

o problema ; mas, se é verdade que ella é completamente inocua e está muito generalisada, não é menos a má vontade com que os doentes se prestam a essa exploração, havendo mesmo alguns, que se negam de modo absoluto.

A pericardite nas crianças dá algumas vezes logar a signaes de pleuriz do lado esquerdo, como foi observado por Marfan e mesmo antes por Perret e Davic. Verifica-se então, na região-postero-inferior da metade esquerda do thorax : matidez, sopro pleuritico e broncho-egophonia ; estes signaes pseudo-pleuriticos são devidos a atelectasia do lobo inferior do pulmão esquerdo. O augmento de volume do coração, a presença do derramen intra-pericardico junto á estreiteza do thorax da criança explicam o colapso pulmonar nestes casos. A ausencia da curva de matidez, a attenuação ou a desapparição dos signaes precedentee na posição genu-peitoral, farão distinguir a pericardite de um pleuriz da base esquerda.

A linha de matidez dá noções menos certas sobre a quantidade do liquido e as modificações deste. A altura a que attinge na parede thoracica depende muitas vezes da congestão pulmonar concomitante. A extensão da matidez á parte anterior do thorax não indica necessariamente um augmento do derramen, póde depender unicamente do augmento da congestão. Outras influencias e em particular a symphyse phreno-costal, podem elevar a linha do nivel ; deve-se levar em conta, emfim, a capacidade maior ou menor da cavidade pleuritica conforme os individuos (Potain). Inversamente, o abaixamento da linha não se relaciona sempre com a reabsorpção do liquido, mas sim, na maioria dos casos, com a desapparição mais ou menos rapida da congestão pulmonar subjacente.

Potain e seus alumnos desde muito puzeram estes factos em evidencia ; é assim que Homolle, dentre outros, referio um caso de pleuriz sero-fibrinoso, no qual, sob a influencia da applicação de oito ventosas escarificadas, a linha de matidez desceu oito centimetros do nivel primitivo.

A linha, que marca o contorno da matidez produzida por um derramen, tem ainda importancia semeiologica quanto ás indicações therapeuticas.

Se o valor therapeutico das thoracenteses precoces é muito discutivel, os inconvenientes das thoracenteses muito tardias estão hoje fóra de duvida. A persistencia de um derramen, mesmo ligeiro, compromette sempre a cura ; perturba a faculdade expansiva do pulmão já difficultada pelos progressos da atelectasia ; deposita sobre as folhas da pleura productos fibrinosos, que obliteram as vias de absorpção. « Nestes casos, a reabsorpção é difficil e lenta, porque suas condições são das mais desfavoraveis : não é a serosa sã, mas a serosa forrada por falsas membranas que está destinada a beber este liquido derramado» (Peter). Depois da puncção, o pulmão mais ou menos etelectesiado, coberto de falsas membranas e bridado por adherencias, difficilmente readquire seu volume primitivo ; a pressão diminue na cavidade pleuritica, e uma quantidade de liquido igual á que foi subtrahida reapparece rapidamente.

A thoracentese deve ser feita quando, depois de tres semanas de tratamento, a quantidade do liquido derramado não se modifica.

Infelizmente na pratica raras vezes somos informados sobre a época precisa do apparecimento do derramen.

Muitas vezes o liquido se collecta insidiosamente em silencio e o paciente só se sente mal, quando o derramen já está formado desde algum tempo. Outras vezes, conhecemos a data certa do começo da molestia, mas este nem sempre é o do derramen.

A linha de matidez póde nestes casos fornecer preciosas indicações : uma mobilidade franca do liquido denota que o derramen só de 4 a 5 dias, no maximo, attingio o nivel actual.

Quando já não é movel o derramen, a horisontalidade do nivel revela a estação vertical do thorax no momento da formação do liquido ; a curva de nivel revela o decubito dorsal no mesmo

momento. Ora, de todos os commemorativos, a época em que o doente guardou o leito é aquelle que com mais segurança é ministrado; póde-se pois, com seu auxilio, avaliar muito exactamente a idade de um derramen.

A aspiração só deve ser feita nos casos de exsudatos sero-fibrinosos abundantes ou estacionarios de 3 semanas; eis porque, antes de pratical-a, o medico deve estudar com cuidado a topographia do derramen e a fórma da linha de matidez.

PROPOSIÇÕES

PROPOSIÇÕES

Tres sobre cada uma das cadeiras

CADEIRA DE PHYSICA MEDICA

I

Thermometros são instrumentos que servem para medir as temperaturas.

II

A invenção dos thermometros data do fim do seculo XVI. E' attribuida por uns a Galileu, por outros a Drebel e finalmente por outros a Sanctorius.

III

Ha tres escalas na graduação dos thermometros : a escala centigrada, devida a Celsius, a escala de Reaumur e a escala de Farenheit.

CADEIRA DE CHIMICA INORGANICA MEDICA

I

O oxygeno foi descoberto em 1774 por Priestley, que lhe deu o nome de «ar vital» e foi estudado em 1872 por Lavoisier, que lhe deu o nome de oxygeno, que ainda hoje conserva ; é um corpo simples, gazozo incolor, inodoro, insipido, incombustivel mas comburente, considerado em chimica como um metaloide diatomico.

II

O oxygeno existe enormemente espalhado na natureza, fórma mais de $^1/_5$ do volume do ar, $^5/_9$ do peso d'agua ; faz parte de todos os tecidos organicos tanto vegetaes como animaes, e obtem-se pela reducção total ou parcial de certos oxydos ; assim como pela decomposição de certos acidos e saes.

III

O oxygeno é empregado com grandes vantagens em medicina, emprega-se na phthisica pulmonar, nas asphyxias de qualquer natureza, na chlorose, na anemia, em todas as molestias que difficultam a hematose e ainda nas ulceras de máo caracter e nas gangrenas localisadas.

CADEIRA DE BOTANICA E ZOOLOGIA

I

As plantas expostas á luz solar roubam o acido carbonico do ar e lhe restituem volume equivalente de oxygeno.

II

A propriedade de decompor o acido carbonico do ar e de absorver o carbono é especial á chlorophylla.

III

Os vegetaes exercem influencia benefica sobre o meio ambiente pela exhalacão do oxygeno.

CADEIRA DE ANATOMIA DESCRIPTIVA

I

A innervação do coração consta de dois systemas : um extra-cardiaco e outro intra-cardiaco.

II

O systema extra-cardiaco comprehende os filetes acceleradores provenientes do grande sympathico e os filetes moderadores vindos do tronco vago espinhal.

III

O systema intra-cardiaco consta de tres ganglios principaes: o de Remak, na embocadura da veia cava inferior; o de Bidder no septo auriculoventricular esquerdo e o de Ludwig no septo inter-auricular.

CADEIRA DE HISTOLOGIA NORMAL

I

Em 1658 os globulos vermelhos do sangue foram descobertos por Swammerdan na rã. Lewenhock as viu no homem pela primeira vez em 1673.

II

Segundo sua fórma os globulos vermelhos podem se dividir em duas cathegorias : globulos vermelhos dos vertebrados não mamiferos e dos vertebrados mamiferos.

III

Os globulos da primeira cathegoria são ellipticos, os da segunda têm a fórma de um disco bi-concavo de centro perfeitamente circular.

CADEIRA DE CHIMICA ORGANICA E BIOLOGICA

I

As substancias que se denominam materias albuminoides ou proteicas, compõem-se de carbono, hydrogeno, oxygeno, azoto e enxofre e constituem a massa principal dos tecidos animaes.

II

São principios incrystallisaveis, muito complexos, muito alteraveis pelos reactivos, uns insoluveis e outros soluveis, d'estes ultimos muitos se tornam insoluveis pela acção do calor e dos acidos.

III

Os agentes physico-chimicos e os micro-organismos exercem sobre as substancias albuminoides acção importante, transformando-as em outras substancias mais simples ou mais complexas.

CADEIRA DE PHYSIOLOGIA

I

A irritabilidade muscular não é senão a contractilidade, que Haller julgava ser uma propriedade inherente á fibra muscular, d'onde o nome de irritabilidade Halleriana.

II

A contractilidade é a propriedade que têm os musculos de se contrahirem sob a influencia de um excitante qualquer.

III

A contractilidade é uma propriedade inherente á fibra muscular hoje perfeitamente demonstrada por Claud Bernard, que confirmou pelas suas experiencias os estudos anteriores de Haller.

CADEIRA DE PATHOLOGIA GERAL

I

A ictericia é devida á absorpção da bilis por causa de um obstaculo que impede a sua excreção ou o seu livre escoamento no duodeno.

II

A's vezes o doente vê os objectos coloridos de amarello. Esta anomalia da visão depende da coloração das membranas e dos humores do orgão visual.

III

A marcha, o prognostico e o tratamento da ictericia dependem da causa que a provocou.

CADEIRA DE ANATOMIA E PHYSIOLOGIA PATHOLOGICAS

I

A cirrhose é essencialmente constituida pela hypertrophia e hyperplasia dos elementos conjunctivos.

II

A cirrhose apresenta duas fórmas principaes : a cirrhose atrophica ou commum e a cirrhose hypertrophica.

III

Nas cirrhoses, o orgão tem uma dureza anormal, e o endurecimento é tanto mais pronunciado quanto mais antiga é a molestia.

CADEIRA DE CHIMICA ANALYTICA E TOXICOLOGICA

I

A analyse espectral é baseada na modificação constante e invariavel que cada metal imprime ao espectro solar.

II

Por este processo de analyse, de sensibilidade extrema, se podem descobrir quantidades minimas de um metal qualquer.

III

Foi Fraunhoffer quem primeiro estudou e descreveu os raios do espectro solar aos quaes deu seu nome.

CADEIRA DE PATHOLOGIA MEDICA

I

O estomago é um dos orgãos que mais vezes soffrem a degeneração cancerosa.

II

Tem-se observado no estomago todas as fórmas de cancro.

III

O cancro do estomago é de todos o que altera mais depressa a saúde.

CADEIRA DE PATHOLOGIA CIRURGICA

I

A herança influe sobremodo na producção do cancro.

II

A frequencia do cancro augmenta da infancia á velhice.

III

Não ha um medicamento capaz de curar o cancro. E' a destruição ou a ablação do tumor que se deve aconselhar.

CADEIRA DE MATERIA MEDICA, PHARMACOLOGIA E ARTE DE FORMULAR

I

O opio é um succo resino-gommoso concentrado, extrahido por expressão ou incisão das capsulas da papaver somniferum.

II

O opio é o producto natural que maior numero de alcaloides encerra, sendo a morphina o mais importante d'elles.

III

Dos preparados do opio, tendo por vehiculo substancias alcoolicas, os mais ricos são o laudano de Sydenham e o de Rousseau.

CADEIRA DE OPERAÇÕES E APPARELHOS

I

As anaplastias são operações que consistem em restaurar perdas de substancias de causas morbidas ou cirurgicas.

II

Dois são os processos pelos quaes ellas podem ser feitas: as heteroplastias e as autoplastias.

III

Um dos maiores cuidados na pratica d'essas operações é garantir a vitalidade do retalho.

CADEIRA DE ANATOMIA MEDICO-CIRURGICA

I

A arteria femural começa na dobra da virilha e estende-se até ao canal do terceiro adductor, de onde se continua com a poplitéa.

II

Encarada cirurgicamente deve ser dividida em tres porções: superior, inferior e media, que correspondem aos pontos em que classicamente se pratica a ligadura.

III

A primeira porção se estende da arcada crural ao vertice do triangulo de Scarpa; a segunda d'este vertice ao annel do terceiro adductor: a terceira, mais curta, corresponde á passagem da arteria n'este canal.

CADEIRA DE THERAPEUTICA

I

A digitalis é um dos melhores cardiokineticos.

II

A digitalis actua levantando a tensão por um duplo mecanismo, como cardiokinetico e como constrictor da vasculatura peripherica.

III

A digistalis não tem acção cumulativa como pensam muitos autores.

CADEIRA DE HYGIENE E MESOLOGIA

I

O sólo da cidade do Rio de Janeiro, por ser baixo, humido e desigual, apresenta condições favoraveis ao apparecimento de muitas molestias.

II

Ha uma circumstancia que muito vicia o solo da cidade do Rio de Janeiro e concorre sobremodo para a insalubridade d'esta cidade : é o máo systema de esgotos.

III

A canalisação da cidade do Rio de Janeiro obriga a repetidas excavações, que favorecem as emanações putridas e suas consequencias.

CADEIRA DE MEDICINA LEGAL

I

A asphyxia póde ser por submersão, suspensão, estrangulação, suffocação e respiração de gazes mephiticos.

II

Os signaes de violencia que o cadaver encontrado n'agua póde apresentar pugnam pelo homicidio, mas não excluem o suicidio.

III

A submersão criminosa é praticada mais com o fim de fazer desapparecer o cadaver de um individuo assassinado do que como meio directo de homicidio.

CADEIRA DE OBSTETRICIA

I

A embryotomia é a operação que consiste na divisão das partes do feto, para extrahil-as umas após outras : desde que seja

impossivel a sua extracção, pelas vias naturaes, de qualquer outro modo.

II

A embryotomia, segundo a parte do feto que é dividida, chama-se: craneotomia, cephalotripsia e embryotomia propriamente dita; quando faz-se a separação do pescoço ou de qualquer parte do tronco do feto.

III

A embryotomia é uma operação detestavel, de que o parteiro deve lançar mão com a maxima prudencia e sómente quando baldo de qualquer outro recurso.

CADEIRA DE CLINICA DERMATOLOGICA E SYPHILIGRAPHICA

I

A syphilis cardiaca observa-se principalmente no periodo terciario.

II

Excepcionalmente attinge as valvulas, habitualmente ataca o myocardio e de preferencia ao nivel do ventriculo esquerdo.

III

O processo syphilitico se manifesta aqui debaixo de seus dois aspectos habituaes: a gomma e a esclerose.

CLINICA CIRURGICA (2ª CADEIRA)

I

O emprego dos curativos antisepticos rigorosos, no tratamento das fracturas complicadas tem feito mudar completamente de face o prognostico das fracturas expostas.

II

Outr'ora era quasi indicação geral a amputação nos casos de fracturas complicadas de ferida, hoje, porém, devido aos grandes progressos da cirurgia conservadora e a antisepsia reclamada pelos cirurgiões modernos, a amputação é excepcional.

III

O melhor curativo antiseptico para o tratamento das fracturas complicadas é o mixto (Lister e iodoformio) ou ainda o cura-

tivo por occlusão, iodoformio e collodio, transformando-se por este modo uma fractura exposta em outra por assim dizer subcutanea.

CADEIRA DE CLINICA PROPEDEUTICA

I

Os sopros extra-cardiacos de origem pulmonar se passam na lamina pulmonar, comprehendida entre o coração e a parede thoracica.

II

Esses sopros se originam na segunda phase da systole, são os sopros meso-systolicos de Potain.

III

O caracter desses sopros é a sua variabilidade, sua mobilidade e modificações de timbre e intensidade que lhe imprimem as attitudes do doente.

CLINICA CIRURGICA (1.ª CADEIRA)

I

Dos quatro principaes methodos de tratamento dos estreitamentos organicos da urethra (cauterisação, dilatação, urethrotomia interna e urethrotomia externa), são mais commumente empregados e dão melhores resultados o 2.º e 4.º

II

A electrolyse ou galvano-caustica chimica, imaginada por Crusell, na Russia, e tão apregoada por muitos cirurgiões, é um processo que nenhuma confiança merece.

III

Qualquer que seja o methodo empregado, nunca se obtem a cura radical do estreitamento organico da urethra.

CADEIRA DE CLINICA OBSTETRICA E GYNECOLOGICA

I

A regularidade da menstruação é para a mulher o thermometro da saúde e o prognostico da aptidão para a geração.

II

A eclampsia é uma das mais graves affecções puerperaes.

III

As suas causas se distinguem em predisponentes e determinantes.

CADEIRA DE CLINICA OPHTALMOLOGICA

I

Verdadeira choréa do olho é o nystagmus.

II

A distancia da vista distincta é para uma vista sã, ordinariamente de 25 a 30 centimetros.

III

A faculdade de acommodação da vista falta nos myopes e nos presbytos.

2ª CADEIRA DE CLINICA MEDICA

I

A hereditariedade e o contagio são dois grandes factores da phthisica pulmonar.

II

A hereditariedade ora se traduz por manifestações precoces, ora por manifestações tardias.

III

Quanto a contagiosidade é necessario que o individuo contaminado esteja em estado de receptividade.

1ª CADEIRA DE CLINICA MEDICA

I

O diagnostico da infecção palustre, quer seja ella aguda ou chronica, é todo fundado não só nos commemorativos do doente, como tambem no conjuncto de symptomas observados, entre os quaes representa importante papel as que são dependentes do figado e baço.

II

Nos casos em que a modalidade clinica observada, não se traduz por conjuncto de accentuados symptomas de infecção, e

em que tudo sendo problematico, não se póde conseguir um diagnostico positivo de determinada molestia, e em que finalmente não possa ser tida como absurda a hypothese de uma infecção malarica, nos casos dessa ordem, é nessa ultima hypothese que se deve dirigir o tratamento.

III

O tratamento da infecção palustre, quer seja ella aguda ou chronica, simples ou perniciosa, deve ser todo baseado nos saes de quinina.

CADEIRA DE CLINICA PEDIATRICA

I

A atrepsia é um estado morbido tirado da alimentação defeituosa no recem-nascido.

II

Este vicio de nutrição se traduz por erythemas, pemphigus, gastro-enterite, etc.

III

Deve ser o leite materno o alimento basico e exclusivo do recem-nascido.

CADEIRA DE CLINICA PSYCHIATRICA E DE MOLESTIAS NERVOSAS

I

A lypemania é sempre precedida de depressão organica e estado doloroso da consciencia.

II

A lypemania affecta fórmas designadas pelos nomes de lypemania depressiva, anxiosa, attonita, perplexa.

III

Dentre as fórmas de loucura a lypemania é a que melhor estabelece a insperceptivel transicção do estado mental perfeito para a loucura bem caracterisada.

HYPPOCRATIS APHORISMI

I

Vita brevis, ars longa, prœceps, experientia fallax, judicium difficile.

(Sectio prima. Aph. 10).

II

Mulieri, menstruis deficientibus e naribus sanguinem fluere, bonum.

(Sectio quinta. Aph. 33).

III

Mulieri utero gerenti, si alvus multum profluat, abortionis periculum est.

(Sectio quinta. Aph. 34).

IV

Mulieri utero gerenti; si mammœ derepente gracilescant, abortionis periculum est.

(Sectio quinta. Aph. 37).

V

Si mulieri utero gerenti purgationes eamt, fœtus ut bene valeat fieri non potest.

(Sectio quinta. Aph. 60).

VI

Si mulieri purgationes non prodeant neque horrore neque febre succedente, ciborum vero fastidia ei accidant, gravidam esse existimato.

(Sectio quinta. Aph. 61).

VISTO.—Secretaria da Faculdade de Medicina e de Pharmacia do Rio de Janeiro, em 14 de Novembro de 1899.

O SECRETARIO,

Dr. Eugenio de Menezes